

0-795967

На правах рукописи



Шапошникова Анна Ивановна

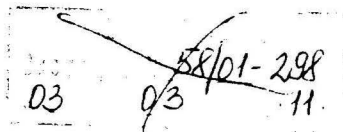
**РЕФОРМИРОВАНИЕ ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ**

08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Волгоград – 2011



Работа выполнена в государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный университет».

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор
Перекрестова Любовь Вениаминовна.

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор
Барулин Сергей Владимирович;
кандидат экономических наук, доцент
Шибайло Ольга Николаевна.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КФУ



0000788233

ФГОУ ВПО «Волгоградская
государственная сельскохозяйственная
академия».

Защита состоится 24 марта 2011 года в 12:00 на заседании диссертационного совета Д 212.029.04 при ГОУ ВПО «Волгоградский государственный университет» по адресу: 400062, Волгоград, просп. Университетский, 100, аудитория 4-01 «А».

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Волгоградский государственный университет».

Автореферат диссертации размещен на официальном сайте ГОУ ВПО «Волгоградский государственный университет» – <http://www.volsu.ru>.

Автореферат разослан «18» февраля 2011 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат экономических наук, доцент

И.Д. Аникина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Одной из важнейших проблем финансового обеспечения системы здравоохранения является отсутствие эффективного финансового механизма. Отрасль здравоохранения – одна из важнейших сфер современной социально-экономической системы, обеспечивающей сохранение и преумножение потенциала здоровья населения страны. Обеспечение эффективности финансирования системы здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов продолжает оставаться дискуссионным вопросом теории и практической организации направлений и способов финансирования для всех стран мира, но для России приобретает особую остроту. Неблагоприятная ситуация, сложившаяся в российском здравоохранении за последние десятилетия, отрицательно сказалась на социальном и экономическом благополучии общества. Поэтому реформирование финансового механизма здравоохранения имеет огромное значение не только с точки зрения улучшения здоровья нации, но и для увеличения экономического потенциала и повышения качества жизни населения.

В последние два десятилетия отечественное здравоохранение оказалось вовлечено в сложный многоэтапный процесс реформирования.

Однако существуют факторы, которые обуславливают необходимость дальнейшего структурного и функционального реформирования финансового механизма системы здравоохранения:

- положения проекта Концепции развития здравоохранения до 2020 года остаются дискуссионными, о чем свидетельствует тот факт, что проект Концепции, разработанный Минздравсоцразвития, не утвержден Правительством РФ;

- актуальной остается проблема сочетания бюджетно-налоговых (нерыночных), страховых и других рыночных механизмов финансирования расходов на здравоохранение;

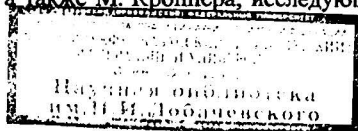
- несовершенна система контроля использования финансовых ресурсов распорядителями и получателями бюджетных средств;
- продолжается практика многоканального финансирования медицинских учреждений;
- недостаточна мотивация коммерческих организаций и населения в оплате медицинских услуг, участия в добровольном медицинском страховании (ДМС);
- состояние финансового механизма системы здравоохранения не соответствует принципам экономической макро- и микроэффективности.

Вышеперечисленное свидетельствует об актуальности темы и необходимости проведения теоретических и эмпирических исследований в данной области.

Степень разработанности проблемы. Над проблемой организации финансов социальной сферы в России работают такие исследователи, как Ю.Т. Багирова, Л.М. Бадалов, С.В. Барулин, Л.А. Батурин, Ю. Беленков, В.И. Бутов, С. Голубева, А.И. Гончаров, А.Г. Грязнова, М.С. Деревянко, А.Ю. Казак, Т.М. Ковалева, Е.В. Коломин, Ю.В. Кусмарцева, М.Г. Лапуста, Н. Лебина, Г.Б. Поляк, Л.В. Попова, М.В. Романовский, В.И. Самаруха, Н.Ф. Самсонов, И.Д. Семенихин, Л.И. Сергеев, В.И. Слепов, Г.Г. Уварова, С.В. Ходарев, О.Н. Шибайло, Л.Н. Шолпо, Ю.Г. Элланский и др.

Теоретические аспекты организации финансового механизма отражены в работах А.Н. Азримяна, Т. Акимовой, А.Б. Борисова, А.М. Литовских, Л.Ш. Лозовского, Б.А. Райзберга, Е.Б. Стародубцевой и др.

Среди представителей зарубежной экономической школы, занимающихся исследованиями финансов социальной сферы, необходимо отметить Д. Акерлофа и Д.Ю. Стиглица, труды которых посвящены анализу рынков с несимметричной информацией, таких как рынок здравоохранения, Г. Беккера и М. Гроссмана, работающих над проблематикой капитала здоровья как составной части человеческого капитала, а также М. Кроппера, исследующего инвестиции в систему здравоохранения.



Проблематикой финансирования сферы здравоохранения в России занимаются такие специалисты, как Н.В. Головнина, А.А. Лебедев, И.В. Лебедева, Т.В. Чубарова, И.М. Шейман, С.В. Шишкин и др.

Отдавая должное значимости уже проведенных исследований, следует подчеркнуть, что дальнейшая разработка и оформление в научно-прикладную концепцию финансового механизма системы здравоохранения остаются первоочередными задачами для современной России в силу меняющихся экономических условий.

Потребность в углубленном изучении структуры и функций финансового механизма здравоохранения, необходимость повышения его эффективности определили выбор темы диссертационного исследования, его цель и задачи.

Целью диссертационного исследования является теоретическое обоснование и разработка практических рекомендаций по реформированию финансового механизма системы здравоохранения России в соответствии с принципами экономической эффективности и социальной справедливости.

Реализация цели исследования предполагает постановку и решение следующих задач:

- определить направление процесса реформирования финансового механизма системы здравоохранения;
- конкретизировать и системно представить структуру финансового механизма системы здравоохранения;
- уточнить функции финансового механизма системы здравоохранения и конкретизировать их на современном этапе реформирования;
- проанализировать реформирование финансового механизма системы здравоохранения в контексте исторической традиции, выделить этапы перехода от бюджетной к смешанной парадигме построения финансового механизма;
- выявить противоречия между новациями и традициями в процессе модернизации финансового механизма здравоохранения;

- разработать меры, стимулирующие организации и население приобретать медицинские услуги за счет собственных средств;
- разработать способ оценки эффективности финансового механизма системы здравоохранения через соотношение затрат и потерь капитала здоровья.

Предметом исследования определена система отношений, сложившихся в процессе реформирования финансового механизма системы здравоохранения, изменяющая его структуру и функции.

Объектом исследования стал финансовый механизм системы здравоохранения в России.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили общая теория финансов, труды российских и зарубежных авторов, занимающихся проблемами финансирования отрасли здравоохранения. Для решения задач исследования использовались методы обобщения, дедукции, индукции, синтеза, элементы системного, структурно-функционального, историко-логического анализа.

Информационно-эмпирическую основу исследования составили законодательные и нормативные акты РФ по теме диссертации, Министерства финансов РФ, отраслевых министерств и ведомств РФ и других федеральных органов власти, материалы официальных сайтов исполнительных и законодательных органов власти, рекомендации научных конференций, материалы периодических изданий, а также статистические и аналитические материалы Федеральной службы государственной статистики, экспертные разработки российских и зарубежных ученых, опубликованные в научной литературе и периодической печати, монографические исследования, ресурсы Интернет, собственные разработки автора.

Основные положения диссертационного исследования, выносимые на защиту:

1. Реформирование финансового механизма системы здравоохранения представляет собой эволюционный процесс перехода от «затратной» модели

(финансирование затрат на оказание медицинских услуг) к «инвестиционной» модели (финансирование инвестиций в сохранение и приращение потенциала здоровья, как составную часть человеческого капитала). «Инвестиционная» модель основана на участии в формировании финансовых ресурсов системы здравоохранения государства, работодателей (бизнеса) и человека как получателей целевых эффектов от сохранения и преумножения потенциала здоровья. В условиях стратегической модернизации отрасли здравоохранения финансовый механизм здравоохранения представляет собой совокупность видов и форм организации финансовых отношений, методов и инструментов формирования и использования финансовых ресурсов в целях обеспечения сохранения и преумножения потенциала здоровья.

2. В процессе реформирования финансового механизма системы здравоохранения усложняется его структура. В организационно-правовой подсистеме наиболее активно развиваются методы долгосрочного целевого программирования, финансового регулирования, контроля и мониторинга результатов финансирования. В функциональной подсистеме, наряду с блоками формирования и использования государственных, муниципальных, частных финансовых ресурсов с присущими им механизмами (обязательное медицинское страхование (ОМС), бюджетно-налоговый, добровольное медицинское страхование (ДМС), платные услуги), создается блок формирования и использования финансовых ресурсов на основе государственно-частного партнерства (ГЧП), конкретные механизмы которого апробируются в России на основе зарубежного опыта.

3. Реформирование финансового механизма здравоохранения закономерно трансформирует его функции в части формирования целевых денежных фондов (смешанная модель государственно-частного финансирования): использования целевых денежных фондов (ориентация на продуктивность, результативность и эффективность); повышения прозрачности финансовых потоков; адаптации к постоянно меняющимся условиям внешней среды.

4. В России традиция государственного финансирования здравоохранения в значительной степени определяет общественные ожидания относительно построения новой системы финансового обеспечения. В связи с этим модернизация финансового механизма системы здравоохранения определена как сложный процесс разрешения противоречия между новациями (механизмы: ДМС, платная медицина, ГЧП, финансирование, ориентированное на результат) и традициями, исторически сложившимися в России в области преимущественно государственного финансирования здравоохранения (механизмы: бюджетно-налоговый, ОМС и др.). Противоречие проявляется в сохранении блоков финансового механизма системы здравоохранения, не отвечающих принципам экономической эффективности и социальной справедливости, а также во фрагментарности и незавершенности проводимых реформ.

5. Реформирование финансового механизма системы здравоохранения с позиции эволюционного подхода представляет собой сложный процесс, включающий в себя несколько этапов. Этап трансформации финансового механизма (1991–2005 годы) привел к многоканальному государственно-частному финансированию, концептуальному изменению в функциональных блоках: в блоке формирования и использования государственных финансовых ресурсов произошло формирование механизма ОМС, созданы конкретные механизмы формирования и использования частных финансовых ресурсов через ДМС, платные услуги, ГЧП. На этапе модернизации финансового механизма системы здравоохранения (с 2006 года по настоящее время) происходит изменение в соотношении функциональных блоков, совершенствуются финансовые методы и инструменты в соответствии с принципами адресности, результативности, согласованности финансирования по срокам и ресурсам. На этапе модернизации реализуется национальный проект «Здоровье», разработана Концепция развития отрасли до 2020 года.

6. Финансовыми рычагами, стимулирующими коммерческие организации и население приобретать платные медицинские услуги, должны

стать дополнительные налоговые льготы по уплате налога на прибыль юридическим лицам, оказывающим государственным медицинским организациям финансовую и материальную поддержку (путем включения суммы оказанной помощи в состав расходов, а также включения в состав расходов в полном объеме взносов на ДМС в пользу своих сотрудников); увеличение социального вычета по налогу на доходы физических лиц в размере расходов на профилактику заболеваний.

7. Эффективность финансового механизма системы здравоохранения может быть определена сокращением потерь капитала здоровья при увеличении затрат на здравоохранение либо сохранением капитала здоровья при прежних или уменьшившихся затратах на здравоохранение. Для выявления названных соотношений строится матрица, содержащая разные сочетания темпов роста затрат на здравоохранение и темпов роста потерь капитала здоровья. Потери капитала здоровья выражаются временем, не доработанным до пенсионного возраста при сокращении трудоспособного возраста.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

- обосновано содержание реформирования финансового механизма здравоохранения как переход к инвестиционной модели финансового механизма здравоохранения, в соответствии с которым его целью становятся инвестиции государства, бизнеса и населения в сохранение и преумножение потенциала здоровья как составной части человеческого капитала;

- уточнена структурно-функциональная характеристика финансового механизма системы здравоохранения за счет выделения подсистемы организационно-правового обеспечения, структуризации функциональной подсистемы на блоки с конкретизацией по каждому блоку специфических для здравоохранения механизмов финансирования;

- конкретизированы функции финансового механизма здравоохранения в условиях стратегической модернизации отрасли: при формировании целевых денежных фондов здравоохранения акцентирована

смешанная (государственно-частная) модель финансирования, в использовании целевых денежных фондов здравоохранения – ориентация на результат, дополнительно введены обеспечение полной прозрачности финансовых потоков в здравоохранении с использованием современных информационных технологий и адаптация системы финансирования здравоохранения к постоянно меняющимся условиям среды для достижения поставленных целей;

- модернизация финансового механизма здравоохранения определена как сложный процесс разрешения противоречия между новациями и традициями, исторически сложившимися в России в области исключительно государственного финансирования здравоохранения;

- в современном периоде реформирования финансового механизма системы здравоохранения выделены два эволюционных этапа: трансформация и дальнейшая модернизация (развитие долгосрочного целевого программирования, ДМС, ГЧП, платной медицины в сочетании с налоговым стимулированием); выявлены факторы, которые обуславливают необходимость структурно-функциональной модернизации;

- разработаны и предложены меры, стимулирующие организации и население приобретать медицинские услуги за счет собственных средств путем введения налоговых льгот по налогу на прибыль юридическим лицам и увеличения социального вычета по налогу на доходы физических лиц;

- предложена матрица оценки эффективности финансового механизма отрасли здравоохранения, основанная на сопоставлении значений темпов роста затрат на здравоохранение и коэффициента потерь капитала здоровья.

Теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования. Теоретическая значимость работы состоит в обосновании инвестиционной модели финансового механизма системы здравоохранения, конкретизации его функций, структуры и этапов реформирования, а также разработке авторской методики определения эффективности финансирования системы здравоохранения.

Практическая значимость диссертации состоит в разработке комплекса предложений по привлечению дополнительных источников и персонификации выделенных на здравоохранение средств, которые могут быть использованы в деятельности органов власти при дальнейшем развитии концепции финансового реформирования сферы здравоохранения с целью реализации социально ориентированной финансовой политики.

Апробация результатов диссертационного исследования. Основные выводы диссертационного исследования обсуждались на международных научно-практических конференциях (Саратов, 2010, Новосибирск, 2010), на научной сессии Волгоградского государственного университета (Волгоград, 2009), на XII региональной конференции молодых исследователей Волгоградской области (Волгоград, 2007), а так же используются в учебном процессе ГОУ ВПО «Волгоградский государственный университет» и ГОУ ВПО «Волгоградский государственный педагогический университет».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, общим объемом авторского текста 3,65 п. л., в том числе две статьи в изданиях, рекомендованных ВАК.

Структура диссертационной работы. Работа состоит из введения, трех глав, включающих девять параграфов, заключения, списка использованной литературы, включающего 208 источников, четырех приложений. Объем диссертации составляет 213 страниц. Работа содержит 20 таблиц, 5 рисунков.

Во **введении** обоснована актуальность темы исследования, степень разработанности проблемы, определены цель и задачи, предмет и объект исследования, раскрыта научная новизна, теоретическая и практическая значимость, отражена апробация полученных результатов.

В **первой главе** «*Теоретические основы реформирования финансового механизма системы здравоохранения*» обоснован переход к «инвестиционной» модели финансового механизма здравоохранения, рассмотрены структура и функции финансового механизма здравоохранения, представлен исторический опыт финансирования здравоохранения в России, проанализирована

эффективность различных моделей финансового механизма системы здравоохранения на примере российского и зарубежного опыта.

Во *второй главе «Реформирование финансового механизма системы здравоохранения: цели и результаты»* рассмотрены этапы реформирования финансового механизма здравоохранения в России (в частности, ОМС и приоритетный национальный проект «Здоровье»), результаты их реализации и нерешенные проблемы.

В *третьей главе «Структурная и функциональная модернизация финансового механизма системы здравоохранения в России»* рассмотрены существующие перспективы реформирования в рамках проекта «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года». Представлен комплекс авторских предложений модернизации финансового механизма системы здравоохранения в целях усовершенствования работы медучреждений и улучшения качества оказания медицинских услуг населению, разработан способ оценки экономической и социальной эффективности финансового механизма системы здравоохранения.

В *заключении* обобщены результаты диссертационного исследования, сформулированы выводы и рекомендации научного и практического характера.

ОСНОВНЫЕ ИДЕИ И ВЫВОДЫ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

Процесс реформирования финансового механизма системы здравоохранения как переход от «затратной» к «инвестиционной» модели. Процесс реформирования финансового механизма здравоохранения представлен в диссертации как переход от его «затратной» модели к «инвестиционной». В исследовании спрос на здоровье рассматривается с позиции теории человеческого капитала. Проведено различие между здоровьем как потребительским и инвестиционным товаром. Как потребительский товар здоровье входит в функцию потребления индивида, так как люди получают

удовлетворение от того, что они здоровы. Как инвестиционный товар здоровье является частью человеческого капитала или показателем ценности человека как части производства, которое увеличивает количество здоровых дней для работы.

Авторская концепция основана на теоретической модели Гроссмана, который предложил рассматривать здоровье как необходимый производительный ресурс. Индивид не только предъявляет спрос на здоровье, но и производит его. Он наследует первоначальный запас здоровья, «амортизируемый» с течением времени, но он может вложить средства в поддержание здоровья и повысить этот запас. При этом потребителю нужно здоровье, а не медицинские услуги сами по себе. Спрос на медицинские услуги – это опосредованный спрос на здоровье. Производство здоровья также требует затрат времени от индивида, отрывая его как от рыночной, так и нерыночной деятельности. Таким образом, человек не просто покупает здоровье, а сам активно участвует в его производстве, комбинируя ресурсы в соответствии с уровнем знания и технологий. При этом он рассчитывает оптимальный запас здоровья, сравнивая вложенные ресурсы в поддержание здоровья и отдачу, которую он может получить.

В соответствии с теорией человеческого капитала, медицинские услуги рассматриваются в плане их потенциала в улучшении производительности. Подразумевается, что хорошее состояние здоровья дает возможность человеку реализовать свой производительный потенциал. С другой стороны, расширяется само понятие капитала: человек становится носителем капитала, то есть суммы качеств (в том числе состояния здоровья), которые дают ему возможность заработать. Поэтому расходы на обеспечение здоровья являются инвестициями государства, работодателей и работающего населения.

Стратегическая задача обеспечения здоровья населения не подвергается сомнению, однако существуют проблемы выбора доминирующего способа формирования финансовых ресурсов и правильного распределения ресурсов внутри самой системы здравоохранения. В диссертации представлены модели

построения финансового механизма системы здравоохранения по способам формирования финансовых ресурсов: 1) модель частного медицинского страхования; 2) модель социального медицинского страхования (государственно-частного); 3) модель бюджетного финансового механизма (государственного).

Большинство стран с рыночной экономикой имеют модель финансового механизма, основанную на социальном страховании с участием государства, работодателей и населения.

По целевым установкам и способам распределения финансовых ресурсов в диссертации рассмотрены «затратная» и «инвестиционная» модели финансового механизма системы здравоохранения (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика «затратной» и «инвестиционной» моделей финансового механизма здравоохранения

Признаки	Модели финансового механизма	
	Затратная	Инвестиционная
Целевая установка	Воспроизводство медицинских услуг	Сохранение и преумножение потенциала здоровья
Формирование финансовых ресурсов	Смешанное, преимущественно государственное	Смешанное, частно-государственное
Доминирующие механизмы	ОМС, бюджетно-налоговый	ДМС, ГЧП, платная медицина с налоговым стимулированием
Объект государственного контроля	Затраты на оказание медицинских услуг	Результаты оказания медицинских услуг
Преобладающие методы финансирования	Сметное финансирование	Долгосрочные целевые программы
Персонификация финансирования	Ограниченная	Развитая

Структура и функции финансового механизма здравоохранения.

Финансовый механизм рассматривается в диссертации как совокупность видов и форм организации финансовых отношений, методов и инструментов формирования и использования финансовых ресурсов.

Множественность финансовых взаимосвязей предопределяет применение большого количества элементов финансового механизма. В соответствии с

авторской концепцией, известная структура финансового механизма дополняется подсистемой организационно-правового обеспечения, блоками конкретных функциональных механизмов и финансовыми инструментами, большинство из которых представлено договорами участников финансовых отношений и нормативами (ставками, тарифами, льготами и др.).

Разработанная авторская модель финансового механизма здравоохранения представлена на рисунке 1. В состав финансового механизма системы здравоохранения входят две подсистемы: подсистема организационно-правового обеспечения и функциональная подсистема, с конкретными методами и инструментами. Функциональная подсистема включает в себя, помимо блока формирования и использования государственных и муниципальных финансовых ресурсов, блока формирования и использования негосударственных финансовых ресурсов, блок формирования и использования финансовых ресурсов на основе ГЧП. Он представлен механизмами ГЧП, известными в мировой практике: DBFO (проектирование, строительство, финансирование, управление), BOO (строительство, владение, управление), BOOT (строительство, владение, управление, передача), BOLB (покупка, владение, передача посредством лизинга), моделью Aizira (частная сторона достраивает объект и управляет им, оказывая услуги определенной группе населения за счет собственных средств или частичного государственного финансирования) и др.

В условиях модернизации финансовой системы здравоохранения основными функциями финансового механизма отрасли являются: формирование целевых денежных фондов здравоохранения на основе смешанной (государственно-частной) модели финансирования; использование целевых денежных фондов здравоохранения с ориентацией на результат; обеспечение полной прозрачности финансовых потоков в здравоохранении с использованием современных информационных технологий; адаптация с наименьшими затратами системы финансирования здравоохранения к постоянно меняющимся условиям среды для достижения поставленных целей в

Норма финансового права, договор, проект, норматив, тариф, цена, налог, льгота, смета и др.					Инструменты
Правовое регулирование	Прогнозирование	Планирование	Оперативное управление	Финансовое регулирование	Методы мониторинг
Подсистема организационно-правового обеспечения					

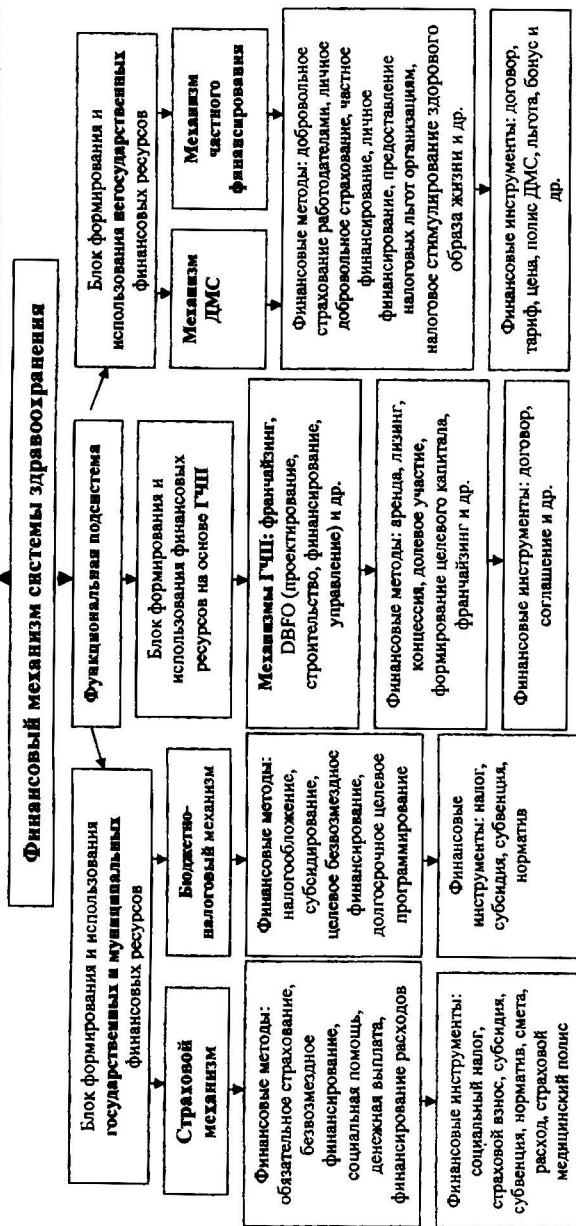


Рисунок 1. Структура финансового механизма функционирования системы здравоохранения

краткосрочном и долгосрочном периодах.

Этапы реформирования финансового механизма системы здравоохранения. Реформирование финансового механизма системы здравоохранения с позиции эволюционного подхода представляет собой сложный многоэтапный процесс. В диссертации обозначены два этапа реформирования: этап трансформации финансового механизма (1991–2005 годы) и этап модернизации финансового механизма системы здравоохранения (с 2006 года по настоящее время). Этап трансформации финансового механизма привел к многоканальному государственно-частному финансированию, концептуальному изменению в функциональных блоках: в блоке формирования и использования государственных финансовых ресурсов произошло формирование механизма ОМС, также созданы конкретные механизмы формирования и использования частных финансовых ресурсов через ДМС, платные услуги, ГЧП.

Но трансформация финансового механизма системы российского здравоохранения, начатая в 1990-е годы, не завершила процесс. С одной стороны, несмотря на недостаточное финансирование и разную степень реализации Закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР» в субъектах Федерации, система обязательного медицинского страхования состоялась как работающий механизм финансирования отрасли. Средства ОМС стали стабилизирующим фактором в сохранении для населения бесплатной медицинской помощи. С другой стороны, затраты на ОМС показали тесную связь только с количеством родившихся (коэффициент корреляции между затратами на ОМС и количеством родившихся составил 0,8315). Корреляция между затратами на ОМС и продолжительностью жизни, а также количеством умерших в трудоспособном возрасте слабая. Необходимо отметить постоянное снижение доли ОМС в финансовом обеспечении программы государственных гарантий, при этом страхование неработающего населения осуществлялось в отсутствии единых принципов формирования страховых платежей, а остальные источники формирования системы ОМС имели налоговый, а не страховой

характер. Следовательно, существует необходимость дальнейшего реформирования финансового механизма системы здравоохранения, поскольку созданные механизмы нуждаются в модернизации функций, а финансовый механизм в целом – в модернизации структуры.

Национальный проект «Здоровье» стал началом функциональной модернизации бюджетно-налогового и страхового механизмов в блоке формирования и использования государственных и муниципальных финансовых ресурсов. Социальный эффект выразился в улучшении показателей здоровья населения: заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, рождаемости, – но за годы реализации с 2006 года по 2010 год национальный проект «Здоровье» не решил главных проблем отрасли здравоохранения, таких как декларативность и неконкретность гарантий бесплатной медицинской помощи, низкая эффективность выбранной модели ОМС, слабая защита населения от рисков роста затрат на лечение, низкий уровень оплаты труда медицинского персонала, социальное и территориальное неравенство в доступности медицинской помощи и др.

Решение выявленных проблем намечено в рамках сформированного проекта Концепции развития здравоохранения до 2020 года.

Согласно проекту Концепции, модернизация финансового механизма заключается в повышении значимости страховых механизмов (рост размеров страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, переход на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС). Результатом Концепции развития должны стать увеличение численности населения с 142 млн до 145 млн человек к 2020 году, увеличение средней продолжительности жизни до 75 лет; снижение коэффициента смертности в полтора раза по отношению к показателям 2007 года.

Переход к бюджетно-страховой системе, реализация национального проекта «Здоровье» и разработка проекта Концепции развития здравоохранения

до 2020 года позволили выявить направления дальнейшего реформирования финансового механизма системы здравоохранения.

Направления структурной и функциональной модернизации финансового механизма системы здравоохранения. Структурная модернизация финансового механизма системы здравоохранения означает формирование новых блоков, механизмов финансирования и изменения их соотношения в структуре финансового механизма. Структурная модернизация является непрерывным процессом, поскольку новые структуры имеют циклический характер развития и отвечают потребностям конкретного времени.

В частности, в условиях финансового кризиса в структуре финансового механизма здравоохранения получает стимул к развитию потенциал ГЧП в создании и поддержке объектов социальной инфраструктуры; управлении объектами социальной инфраструктуры; непосредственном оказании социальных услуг.

В диссертации представлен комплекс авторских предложений по структурной модернизации финансового механизма системы здравоохранения. В подсистему организационно-правового обеспечения предлагается включить организационно оформленный блок контроля и мониторинга финансовых потоков системы здравоохранения на основе информатизации процессов формирования и использования финансовых ресурсов. Это позволит обеспечить персонализацию финансирования медицинских услуг и применять технологии социальных банковских карт.

Структурные изменения в соотношении функциональных блоков предлагается провести в направлении расширения зоны действия механизмов ГЧП, ДМС и частного финансирования в сочетании с методами налогового стимулирования. Расширение зоны действия названных механизмов не означает снижения доли бюджетного финансирования.

Функциональная модернизация финансового механизма системы здравоохранения предполагает выполнение структурными блоками дополнительных функций по формированию и распределению финансовых

ресурсов либо применение новых методов и более совершенных финансовых инструментов (таблица 2).

Таблица 2

Функциональная модернизация финансового механизма системы здравоохранения

Блоки финансового механизма	Функция финансирования	Новые финансовые методы	Новые финансовые инструменты
Блок формирования и использования государственных и муниципальных ресурсов	Финансовое обеспечение оказания гражданам РФ бесплатной первичной и специализированной медицинской помощи	Конкретизация государственных финансовых гарантий бесплатной медицинской помощи; выравнивание финансовых условий территориальных программ государственных гарантий; лекарственное страхование	Подушевой норматив программ государственных гарантий; трансферт на программы государственных гарантий; единый полис медицинского страхования
Блок формирования и использования негосударственных финансовых ресурсов	Финансовое обеспечение оказания гражданам РФ платных медицинских услуг; финансовое обеспечение предприятиями и гражданами затрат на профилактику заболеваний и ЗОЖ	Соплатежи; стандартная тарификация; налоговое стимулирование	Договор лечебно-профилактических учреждений со страховыми компаниями; тариф на платные медицинские услуги, соответствующие стандарту; налоговые льготы; социальные налоговые вычеты на профилактику ЗОЖ
Блок формирования и использования финансовых ресурсов на основе ГЧП	Софинансирование затрат на объекты социальной инфраструктуры и оказание медицинских услуг	Долевое участие в уставном капитале; формирование целевого капитала некоммерческих организаций; финансовое управление	Договор франчайзинга, лизинга, концессионное соглашение и др.

Функциональная модернизация финансового механизма системы здравоохранения позволит привлечь дополнительные источники финансирования медицинских учреждений. Реальным источником финансирования сектора здравоохранения могут стать финансовые ресурсы коммерческих организаций. Для этого предложено вернуться к системе налоговых льгот по налогу на прибыль юридическим лицам, содержащим на своем балансе объекты социально-культурной сферы (в том числе медицинские

учреждения). Необходимо также предоставление льгот по уплате налогов юридическим лицам, оказывающим медицинским организациям финансовую и материальную поддержку.

В составе инструментов косвенного финансирования для граждан, ведущих здоровый образ жизни и осуществляющих профилактику, рекомендуемую врачами, по результатам ежегодной обязательной диспансеризации предложено предусмотреть по налогу на доходы физических лиц дополнительный социальный вычет в размере расходов на профилактику заболеваний. Размер социального налогового вычета может быть стандартным и устанавливаться расчетно-аналитическим методом.

Кроме указанных направлений функциональной модернизации финансового механизма системы здравоохранения, в диссертации предложены методы финансового стимулирования медперсонала и медицинских учреждений.

Микроэффективность финансового механизма системы здравоохранения. Экономические аспекты деятельности системы здравоохранения связаны с определением объема ресурсов, выделяемых на охрану здоровья (макроэффективность), и возможными вариантами их использования (микроэффективность). Макроэкономическая эффективность подразумевает необходимость правильно определить общие расходы страны на здравоохранение на основе ценности для общества улучшения здоровья, обеспечиваемого дополнительно вложенными ресурсами. Микроэффективность предполагает, что ресурсы, которые общество готово выделить на здравоохранение, должны быть правильно распределены внутри самой системы при минимально возможных издержках.

В диссертации выявлена взаимная зависимость объема финансирования системы здравоохранения и показателей здоровья населения в 2000–2009 годы. Коэффициент корреляции между рождаемостью и финансированием здравоохранения составил 0,8851, коэффициент корреляции между смертностью и финансированием здравоохранения – минус 0,7149. Коэффициент корреляции между ожидаемой продолжительностью жизни

мужчин при рождении (до 2005 года была ниже пенсионного возраста) и финансированием здравоохранения составил 0,8555. Однако рост затрат на здравоохранение не так сильно связан с сокращением потерь капитала здоровья. Коэффициент корреляции между умершими в трудоспособном возрасте и финансированием здравоохранения составил 0,4286. Поэтому потери капитала здоровья более детерминированы правильным распределением затрат внутри системы здравоохранения (профилактика, ЗОЖ).

Для определения эффективности инвестиционной модели финансового механизма, ориентированного на результат, не столько важен объем затрат на финансирование системы здравоохранения, сколько способ их распределения и контроля.

Эффективным финансовым механизмом здравоохранения в рамках диссертационной работы считается финансовый механизм, посредством которого при наименьшем уровне финансовых затрат на здравоохранение достигается наибольший экономический (путем сохранения капитала здоровья, увеличения продолжительности жизни людей трудоспособного возраста и, следовательно, увеличения объема ВВП) и социальный эффект (улучшение показателей рождаемости, смертности, заболеваемости и пр.).

В диссертационном исследовании разработана частная методика определения экономической и социальной эффективности финансового механизма системы здравоохранения (таблица 3).

Таблица 3

Матрица оценки достижения целевого эффекта финансового механизма системы здравоохранения

	Темп роста затрат на здравоохранение $ЗЗ > 100\%$	Темп роста затрат на здравоохранение $ЗЗ \leq 100\%$
Темп роста потерь капитала здоровья $КЗ < 100\%$	I квадрант: Целевой эффект достигнут за счет роста затрат и их рационального распределения внутри системы здравоохранения	II квадрант: Целевой эффект достигнут за счет рационального распределения затрат внутри системы здравоохранения
Темп роста потерь капитала здоровья $КЗ \geq 100\%$	III квадрант: Целевой эффект не достигнут за счет нерационального распределения затрат внутри системы здравоохранения	IV квадрант: Целевой эффект не достигнут за счет объема затрат и их нерационального распределения внутри системы здравоохранения

Коэффициент затрат на здравоохранение определяется как темп роста затрат на здравоохранение за анализируемый период.

Коэффициент потерь капитала здоровья рассчитывается как темп роста потерь капитала здоровья за тот же период.

Анализ величины данных показателей позволяет сделать вывод о достижении финансовым механизмом здравоохранения целевого эффекта. Если коэффициент затрат на здравоохранение меньше или равен 100%, а коэффициент потерь капитала здоровья меньше 100%, можно говорить о наиболее оптимальном (социально эффективном) финансовом механизме, так как при меньших либо прежних затратах идет снижение потерь капитала здоровья (II квадрант матрицы).

Если коэффициент затрат на здравоохранение больше 100%, а потери капитала здоровья меньше 100%, то финансовый механизм является оптимальным, но данный целевой эффект мог быть достигнут и за счет увеличения объема финансирования (I квадрант матрицы).

При коэффициенте прироста затрат на здравоохранение, превышающем 100%, и коэффициенте потерь капитала здоровья, большем либо равном 100%, финансовый механизм неэффективен, так как финансовые ресурсы системы здравоохранения распределены нерационально и потери капитала здоровья остаются прежними либо растут (III квадрант матрицы).

Если коэффициент прироста затрат на здравоохранение меньше либо равен 100%, а коэффициент затрат на здравоохранение больше либо равен 100%, то финансовый механизм здравоохранения недостаточно эффективен, поскольку не может компенсировать недостаточное финансирование (IV квадрант матрицы).

Использование данной методики дает возможность определить социальную эффективность финансового механизма системы здравоохранения и опосредованно судить о его экономической эффективности.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах и изданиях, рекомендованных ВАК

1. *Шапошникова, А.И.* Перспективы финансирования системы здравоохранения в рамках Концепции развития до 2020 года / А.И. Шапошникова // TERRA ECONOMICUS (Экономический вестник Ростовского государственного университета). – Ростов, 2009. – Том 7. – № 2. – С. 160–162 (0,3 п. л.).

2. *Шапошникова, А.И.* Перспективы развития финансового механизма национального проекта «Здоровье» / А.И. Шапошникова // Предпринимательство. – Москва : ИБК, 2009. – № 8. – С. 180–184 (0,3 п. л.).

Статьи и тезисы докладов в других изданиях

3. *Шапошникова, А.И.* Совершенствование механизмов финансирования здравоохранения в России / А.И. Шапошникова, Л.В. Перекрестова // Развитие финансово-кредитной сферы и социальная политика региона : сб. науч. тр. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2008. – С. 282–290 (0,17 / 0,18 п. л.).

4. *Шапошникова, А.И.* Анализ финансового обеспечения здравоохранения в Волгоградской области / А.И. Шапошникова, Н.Г. Пискова // Развитие финансово-кредитной сферы и социальная политика региона : сб. науч. тр. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2008. – С. 247–256 (0,23 / 0,23 п. л.).

5. *Шапошникова, А.И.* Социальные инвестиции в здравоохранение, их финансирование в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» / А.И. Шапошникова // XII Региональная конференция молодых исследователей Волгоградской области. 13–16 ноября 2007 г. тез. докл. Вып. 1. Экономика и финансы / отв. ред. О.И. Сгибнева. – Волгоград : Изд-во ВолГУ, 2008. – С. 46–48 (0,05 п. л.).

6. *Шапошникова, А.И.* Проблемы финансирования национального проекта «Здоровье», перспективы его развития / А.И. Шапошникова // Материалы

Научной сессии, г. Волгоград, 20–30 апреля 2009 г. – Вып. 5: Мировая экономика и финансы : в 2 ч. / отв. ред. Сиплиный Б.Н. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2009. – Ч. 1 – С. 55–59 (0,17 п. л.).

7. *Шапошникова, А.И.* Реформирование финансового механизма здравоохранения, проблема его эффективности / А.И. Шапошникова // Актуальные вопросы развития инновационной экономики в современном обществе : материалы междунар. науч.-практ. конф. (22 сентября 2010 г.) : в 2 ч. / отв. ред. Л.А. Тягунова. – Саратов : Наука, 2010. – Ч. 2 – С. 181–185 (0,24 п. л.).

8. *Шапошникова, А.И.* Проблема эффективности финансирования системы здравоохранения в России и за рубежом / А.И. Шапошникова // Современные тенденции в экономике и управлении : новый взгляд : сб. материалов IV Междунар. науч.-практ. конф. : в 2 ч. / под общ. ред. С.С. Чернова. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2010. – Ч. 2. – С. 82–86 (0,26 п. л.).

9. *Шапошникова, А.И.* Развитие платной системы здравоохранения в России: возможности и перспективы / А.И. Шапошникова // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд : сб. материалов IV Междунар. науч.-практ. конф. : в 2 ч. / под общ. ред. С.С. Чернова. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2010. – Ч. 2. – С. 86–90 (0,23 п. л.).

10. *Шапошникова, А.И.* Этапы реформирования финансового механизма здравоохранения / А.И. Шапошникова // Препринт. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2010. – 30 с. (1,7 п. л.).

